704/04

Den 30. august 2004 blev i sag nr. 62.789:

xxxxxx xx xxxxxxxx
xxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxxxx

mod

Tryg Forsikring,
Rejse og Sundhed A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har sundhedsforsikring i Tryg Forsikring, Rejse og Sundhed A/S, klager over selskabets afvisning af at yde erstatning til behandling/operation af diskusprolaps.

Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at der har været sygdomssymptomer, før forsikringen trådte i kraft, og forsikrede ikke har været raskmeldt og symptomfri i mindst 2 år forud for tegningen.

Det fremgår af sagen, at klageren tegnede sundhedsforsikringen med ikrafttræden 1/7 2003.

Det fremgår af journaloptegnelse fra klagerens læge, at han den 20/6 2001 første gang henvendte sig med lændesmerter. Det fremgår videre, at han i august 2001 konsulterede en speciallæge i fysiurgi og reumatologi. Af lægebrev dateret 23/8 2001 fremgår:

"Igennem ca. ½ års tid vekslende gener lumb. uden radiculær påvirkn."

I juli 2003 konsulterede klageren samme speciallæge, og det fremgår af lægebrev dateret 30/7 2003:

"Pts gener debuterede primo 01 i form af vekslende gener col.lum. med udstråln. til ve. glut. samt ve. UE. På et tidligt tidspunkt sovende fornemmelse i ve. fod. Forsøgt beh. med rot. manipulation, men på et tidspunkt sat i beh. med Arthrotec hvorved ryggenerne forsvandt, men kort tid herefter uændrede smerter lænd trækkende ned i ve. UE. Beskr. desuden diffust nedsat kraft og trapper volder store problemer, der er ingen elektive pareser men diffust nedsat funktion. Generne veksler i betydelig grad."

Den 9/9 2003 fik klageren på Hillerød hospital stillet diagnosen degeneratio disci intervertebralis L3/L4 et L4/L5 samt prolapsus parmedianus/lateralis sin. L4/L5.

Klageren har over for nævnet nedlagt påstand om, at selskabet skal anerkende, at skaden er dækningsberettiget. Klageren har anført, at skaden skete på diagnosetidspunktet. Klageren har i skrivelse af 6/10 2003 til selskabet anført:

"Langt de fleste tilfælde af discusprolaps, ses efter et længere tilløb og kun de færreste kommer efter akutte tilfælde. De skriver i Deres afvisning af min sag, at jeg ikke har været raskmeldt og symptomfri i mindst 2 år. Dette betyder således, at stort set ingen vil kunne være dækket af sundhedsforsikringen, idet de færreste tilfælde, som ovenfor nævnt, opstår akut.

Jeg finder ikke dette forhold tilfredsstillende og skal derfor nedlægge påstand om omstødelse af Deres afgørelse således, at alle de med denne sag forbundne omkostninger afholdes af sundhedsforsikringen."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Selskabet har til støtte herfor i skrivelse af 23/12 2003 anført, at det af de lægelige oplysninger fremgår, at klageren siden 2001 løbende har haft gener, og at han har konsulteret speciallæge herfor. Selskabet anser det derfor for sandsynliggjort, at der har været sygdomssymptomer før forsikringens ikrafttræden.

Af forsikringsbetingelserne fremgår:

"1.1 Forsikringen dækker, så forsikrede kan få behandling på et privat hospital ved: *Sygdom eller tilskadekomst*, der opstår i forsikringstiden, og som ikke har vist sygdomssymptomer før forsikringen er trådt i kraft.

1.2 Tidligere færdigbehandlede sygdomme eller følgesygdomme, når forsikrede har været raskmeldt og symptomfri i mindst 2 år."

Nævnet udtaler:

Nævnet bemærker, at der efter de ovenfor gengivne forsikringsbetingelser ikke er dækning for behandling af sygdomme, hvor der inden for de sidste 2 år inden forsikringens tegning har vist sig sygdomssymptomer.

Nævnet har gennemgået sagen og finder det på det foreliggende grundlag godtgjort, at klageren inden for karensperioden på 2 år forud for forsikringens tegning havde symptomer på sin ryglidelse, hvorfor nævnet ikke kan kritisere, at selskabet har afvist dækning som sket, hvorfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

p.f.v.

Henning Jønsson